

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — ENDOCRINOLOGIE — PÉDIATRIE & GÉNÉTIQUE · PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-END-RCP · Version 1.0 — validée le 21/06/2026

RETARD DE CROISSANCE & DE PUBERTÉ — conduite à tenir

Objet

Évaluer un retard de croissance staturale (taille < -2 DS) et/ou un retard pubertaire, en distinguant les causes (souvent le retard simple — CDGP) et orienter le traitement.

CAT diagnostique

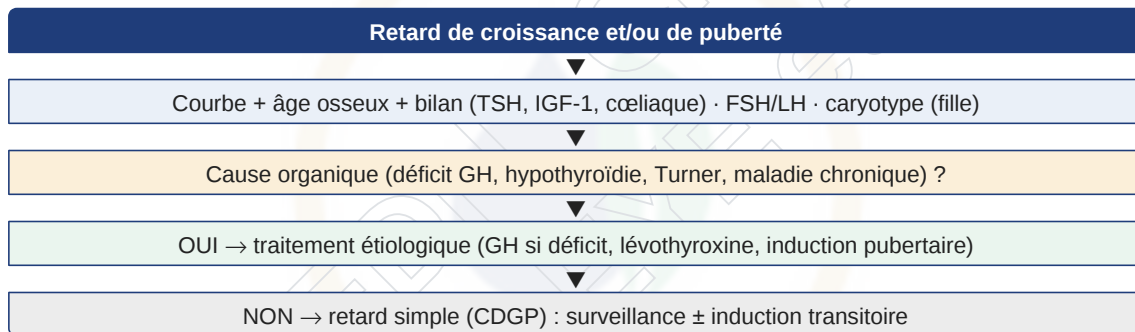
1. Signes cliniques

- **Retard statural** : taille < -2 DS ou < 3^e percentile ; **ralentissement de la vitesse de croissance** (cassure de la courbe) ; à évaluer par rapport à la taille cible parentale.
- **Retard pubertaire** : absence de développement pubertaire à l'âge attendu (seins/volume testiculaire).
- Rechercher : signes de maladie chronique, dénutrition, hypothyroïdie, dysmorphie (Turner chez la fille), anosmie (Kallmann).

2. Signes paracliniques

- **Courbe de croissance + âge osseux** (radiographie de la main) ; calcul de la taille cible.
- Bilan : NFS, ionogramme, fonction rénale/hépatique, **TSH/FT4**, anticorps de la maladie coéliquae, **IGF-1** (± tests de stimulation de la GH).
- Puberté : **FSH/LH**, testostérone/œstradiol ; **caryotype** chez la fille (Turner) ; IRM hypothalamo-hypophysaire si déficit central.

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Traiter la cause** : lévothyroxine (hypothyroïdie), régime sans gluten (coéliquae), prise en charge d'une maladie chronique.
- **Déficit en GH confirmé** : **hormone de croissance (GH) recombinante** (indications spécialisées) ; GH aussi dans le syndrome de Turner.
- **Retard pubertaire** : **induction pubertaire** (testostérone faible dose chez le garçon, œstrogènes progressifs chez la fille) — transitoire dans le retard simple, substitutive dans l'hypogonadisme permanent.
- **Retard simple (CDGP)** : réassurance et **surveillance** ; induction courte possible si retentissement psychologique.

Surveillance

- Vitesse de croissance, progression pubertaire, âge osseux ; tolérance des traitements.
- Suivi spécialisé (endocrinologie pédiatrique).

Points de vigilance

- Toujours tracer la **courbe de croissance** (la vitesse est plus informative que la taille ponctuelle).
- Évoquer systématiquement le **syndrome de Turner** chez une fille de petite taille.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Courbe de croissance + âge osseux + bilan de base (TSH, NFS, coéliquae) = démarche accessible ; caryotype/IGF-1/IRM à organiser.
- GH coûteuse : réserver aux indications confirmées en centre spécialisé ; traiter les causes fréquentes (hypothyroïdie, dénutrition, maladies chroniques).
- Réassurance et suivi pour le retard simple (le plus fréquent).